**WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND AND DISABLED
APPLICATION / REVIEW INSTRUCTIONS
ПРОГРАММА MEDICAID «МЕДИКЕЙД» ШТАТА ВИСКОНСИН ДЛЯ
ПРЕСТАРЕЛЫХ / СЛЕПЫХ / НЕТРУДОСПОСОБНЫХ
ЗАЯВЛЕНИЕ / ОБЗОРНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

Эта форма заявления программы Медикейд предназначена для лиц 65 лет или старше, для слепых или нетрудоспособных. Эта форма не предназначена для заявлений о приеме в программу продовольственных талонов. Если Вы хотите подать заявление на прием в программу продовольственных талонов, Вы должны обратиться в Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или Ваше агентство W-2.

Если Вы нетрудоспособны и нуждаетесь в предоставлении Вам информации в альтернативном формате или в ее переводе на другой язык, пожалуйста, позвоните: 1-608-266-3356 (телефон) или 1-608-266-2555 (телетайп). Эти услуги бесплатны.

Если Вы нуждаетесь в помощи при заполнении этого заявления или хотите получить ответы на свои вопросы лично или по-телефону, обратитесь в Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. Для ответа на другие вопросы относительно программы Медикейд для престарелых или слепых, или нетрудоспособных, пожалуйста, позвоните по телефону Горячей линии приемной службы: 1-800-362-3002. Информацию можно также получить на интернет-сайте Department of Health and Family Services «Департамента здравоохранения и семейного обслуживания» по адресу: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТОЙ ФОРМОЙ

1. Прочтите инструкции полностью до того, как начать заполнять заявление.
2. Пишите разборчиво печатными буквами. Используйте синие или черные чернила.
3. Ничего не пишите в затемненных разделах формы.
4. Заполните заявление полностью. Вы можете уполномочить Вашего представителя обратиться с заявлением от Вашего имени. Заполните и пошлите вместе с Вашим заявлением Authorized Representative form (HCF 10126) «Форму полномочного представителя». Эта форма уполномочивает представителя заполнить и подписать за Вас заявление. Официальный опекун, попечитель или лицо на основании доверенности может обратиться с заявлением о приеме в программу без разрешения подопечного лица. Если Вы заполняете заявление от чьего-то имени, заполните его так, как если бы Вы были этим лицом.
5. Укажите Ваши данные и данные Вашего(ей) супруга(и).
6. Если заявление не заполнено полностью, это может повлечь за собой задержку в предоставлении льгот программы Медикейд. (Используйте контрольный список на странице 12 для того, чтобы убедиться, что Ваше заявление заполнено полностью). Если Ваше заявление не заполнено полностью, или если Вы попросили, чтобы услуги программы вступили в действие за три месяца до того, как было послано это заявление, то Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации обратится к Вам за дополнительной информацией.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Ниже приведена важная информация об условиях приема в программу Медикейд для престарелых или слепых, или нетрудоспособных:

- Датой заявления является дата, когда подписанное заявление получено Вашим местным департаментом социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. Решение о том, можете ли Вы пользоваться услугами программы Медикейд, будет Вам послано в течение 30 дней, считая от даты Вашего заявления. Неподписанные формы будут возвращены.

Важно подать заявление на прием в программу как можно скорее, так как, если Вы соответствуете условиям участия в программе, то дата вступления в силу Ваших льгот будет зависеть от даты заявления. Вы можете получить возможность начать пользоваться льготами программы Медикейд максимум за три месяца до даты заявления, в том случае, если Вы предоставите необходимую информацию, показывающую, что Вы соответствуете условиям получения льгот за эти месяцы. Если Вы нуждаетесь в помощи при оплате (задним числом) услуг медицинского страхования за какой-то из прошедших трех месяцев, убедитесь, что Вы отметили «Да» на первой странице заявления на вопрос: «Нуждаетесь ли Вы в помощи при оплате Ваших медицинских счетов за последние три месяца?»

- Вы можете больше узнать о своих правах и обязанностях в *Wisconsin Medicaid Program «Программе Медикейд штата Висконсин»* из брошюры *Eligibility and Benefits* (PHC 10025) «Возможность участия и льготы». Если у Вас нет этой брошюры, Вы можете ее получить в Вашем местном департаменте социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или позвонить в приемную службу программы Медикейд по телефону: 1-800-362-3002, или скачать ее с интернет-сайта программы Медикейд: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>.

Если у Вас есть вопросы по поводу Ваших прав и обязанностей, свяжитесь с окружным департаментом социального или гуманитарного обслуживания Вашего округа/резервации, или позвоните в приемную службу программы Медикейд по телефону: 1-800-362-3002.

- Если будет принято решение о предоставлении Вам услуг программы Медикейд, Вы должны будете проходить проверку, по крайней мере раз в 12 месяцев, для того, чтобы определить, соответствуете ли Вы все еще условиям получения льгот. В случае изменения семейных обстоятельств, таких как изменение дохода или состава семьи, Вы должны будете сообщить об этом в Ваш департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации в течение 10 дней.

РАЗДЕЛ 1 – Информация о просителе

Согласно разделу 49.54 (4) Статута Висконсина, личная идентифицирующая информация используется только для администрирования программы Медикейд.

Нуждаетесь ли Вы в помощи при оплате медицинских услуг, полученных за три последних месяца?

Отметьте «Да», если Вы нуждаетесь в помощи при оплате медицинских услуг, полученных за три последних месяца (только для новых заявлений). Отметьте «Нет», если не нуждаетесь. Если Вы отметили «Да», потребуется дополнительная информация для обработки Вашего заявления. Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации свяжется с Вами.

Отметьте язык, на котором Вы хотите, чтобы было напечатано уведомление о возможности Вашего участия в программе.

Отметьте «Английский», если Вы хотите, чтобы уведомление было напечатано на английском языке. Отметьте «Испанский», если Вы хотите, чтобы уведомление было напечатано на испанском языке. Если Вы нуждаетесь в помощи при переводе какого-то из уведомлений на другой язык, кроме английского или испанского, обратитесь в Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации.

Основной язык, на котором говорят в доме.

Напишите (печатными буквами) название языка, на котором чаще всего говорят в Вашем доме.

Дата получения

Не заполняйте затемненные разделы формы.

Номер RFA

Не заполняйте затемненные разделы формы.

Имя лица, обращающегося за помощью

Напишите печатными буквами фамилию, имя и отчество лица, обращающегося с просьбой о предоставлении услуг программы Медикейд.

Телефон

Напишите печатными буквами десятизначный номер телефона (включая код).

Адрес

Напишите печатными буквами Ваш адрес (номер дома, улица, город, штат и индекс).

Почтовый адрес

Напишите печатными буквами почтовый адрес, по которому Вы бы хотели, чтобы была послана информация, касающаяся результата рассмотрения Вашего заявления об оказании услуг и льготах программы Медикейд. Это может быть Ваш нынешний адрес или нынешний адрес Вашего представителя. Это также может быть любой другой адрес, отличный от того, по которому Вы проживаете в настоящий момент.

РАЗДЕЛ 2 – Общая информация

Решение о том, соответствуете ли Вы условиям, необходимым для получения услуг программы Медикейд, принимается на основании предоставленной информации о Вас и, если вы женаты/замужем, о Вашей(ем) супруге.

Имя

Напишите печатными буквами фамилию, имя и отчество просителя и, если он/она женат/замужем, его/ее супруги(а). Укажите данные заявителя под цифрой «1» и, если он/она женат/замужем, то данные его/ее супруги(а) под цифрой «2». (При заполнении оставшейся части заявления, продолжайте использовать тот же формат, указывая данные заявителя под цифрой «1» и, если он/она женат/замужем, то данные его/ее супруги(а) под цифрой «2».)

Укажите имена, которые Вы и/или Ваш(а) супруг(а) ранее использовали.

Напишите печатными буквами ранее использовавшиеся имена – такие, как имя в предыдущем браке, имя до заключения брака, или другие имена.

Подаете ли Вы заявление на участие в программе Медикейд?

Отметьте «Да», если Вы подаете заявление на участие в программе Медикейд. Отметьте «Нет», если Вы не подаете заявления на участие в программе Медикейд. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) подает заявление на участие в программе Медикейд. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не подает заявления на участие в программе Медикейд.

Код расовой или этнической принадлежности

Напишите код или коды расовой или этнической принадлежности, которые лучше всего описывают расовую или этническую принадлежность, Вашу и Вашего(ей) супруга(и).

Эта информация необязательна, и она не будет использоваться при принятии решения о том, будут Вам предоставляться услуги программы или нет.

- A = Азиат
- B = Негроидной расы
- H = Латиноамериканского происхождения
- I = Американский индеец/эскимос
- P = Аборигены Гавайских или Тихоокеанских островов
- S = Выходцы Юго-Восточной Азии
- W = Европейец

Номер социального страхования

Пожалуйста, напишите печатными буквами Social Security Number (SSN) «Номер социального страхования», Ваш и Вашего(ей) супруга(и), если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) подаете заявление на участие в программе Медикейд. Вы должны предоставить SSN только для тех, кто подает заявление на участие в программе Медикейд.

Предоставление SSN или подача заявления на его получение являются добровольными; однако, любой человек, который хочет пользоваться услугами программы Медикейд штата Висконсин и не хочет указывать свой SSN или подавать заявление на его получение, не будет, в соответствии со статьей 49.82(2) Статуты Висконсина, соответствовать условиям получения льгот. Информация о SSN будет использоваться только для административных целей программы Медикейд. Ваш SSN позволяет сверить Вашу информацию с правительственными

агентствами, такими как федеральная Internal Revenue Service (IRS) «Налоговая Служба», федеральная Social Security Administration (SSA) «Администрация социального обеспечения» и Wisconsin's Department of Workforce Development «Департамент социального развития Висконсина». Кроме того, программа Медикейд сравнит Ваше имя и SSN с информацией, предоставленной компаниями по страхованию здоровья, для того, чтобы выяснить, есть ли у Вас другие виды страховки.

Если Вы, из-за Вашего иммиграционного статуса, подаете заявление только на получение экстренной помощи, то Вы не обязаны указывать свой SSN. Ваше имя или SSN не будут передаваться Immigration and Naturalization Service (INS) «Службе иммиграции и натурализации».

Пол

Отметьте «Мужской», если Вы мужчина. Отметьте «Женский», если Вы женщина.

Дата рождения

Напишите печатными буквами дату Вашего рождения и дату рождения Вашего(ей) супруга(и). Указывайте дату рождения в цифровом формате «месяц/день/год». (Например: если дата рождения 23 февраля 1970 года, напишите 02/23/70).

Семейное положение

Укажите в отведенном для этого месте тот код, который лучше всего соответствует Вашему семейному положению.

- A = Брак аннулирован
- D = Разведен/а
- LS = Легально оформленное раздельное проживание
- M = Женат/замужем
- S = Раздельное проживание
- N = Никогда не был/а женат/замужем
- W = Вдовец/вдова

Являетесь ли Вы гражданином США?

Отметьте «Да», если Вы являетесь гражданином США. Отметьте «Нет», если Вы не являетесь гражданином США. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг (а) является гражданином США. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не является гражданином США. Если Вы отметили «Нет» в отношении Вас или Вашей(го) супруги(а), и Вы подаете заявление на участие в программе Медикейд, приложите к заявлению копию обеих сторон иммиграционного документа. Информация о тех, кто подает заявление на участие в программе Медикейд, может быть передана INS для проверки.

Если заявление на участие в программе Медикейд не подается, то подтверждение иммиграционного статуса необязательно.

Являетесь ли Вы ветераном?

Отметьте «Да», если Вы являетесь ветераном Вооруженных Сил США. Отметьте «Нет», если Вы не являетесь ветераном. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) является ветераном Вооруженных Сил США. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не является ветераном.

Признала ли Social Security Administration (SSA) «Администрация социального обеспечения» Вас слепым или нетрудоспособным?

Отметьте «Да», если SSA признала Вас слепым или нетрудоспособным. Отметьте «Нет», если Вы не слепы или если Вы трудоспособны. Отметьте «Да», если SSA признала Вашу(его) супругу(а) слепым или нетрудоспособным. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не слеп(а) или если он/она трудоспособен(на).

Если Вы нетрудоспособны и в настоящее время не работаете, хотели ли бы Вы работать?

Отметьте «Да», если Вы хотели бы работать. Отметьте «Нет», если Вы не хотите работать. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) хотел(а) бы работать. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не хочет работать.

Получали ли Вы ранее Supplemental Security Income (SSI) «Дополнительную материальную помощь»?

Отметьте «Да», если Вы ранее получали SSI. Отметьте «Нет», если Вы ранее не получали SSI. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) ранее получал(а) SSI. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) ранее не получал(а) SSI.

РАЗДЕЛ 3– Доход от основного вида деятельности (используйте отдельный лист бумаги, если требуется больше места).

Чтобы определить, соответствуете ли Вы условиям, необходимым для получения услуг программы, Вы и Ваш(а) супруг(а) должны предоставить информацию о своем доходе.

Работаете ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а)?

Отметьте «Да», если Вы или Ваш(а) супруг(а) работаете, и заполните остальную часть Раздела 3. Отметьте «Нет», если Вы или Ваш(а) супруг(а) не работаете, и переходите к Разделу 5.

Имя работающего лица

Напишите печатными буквами фамилию и имя работающего лица.

Работодатель

Напишите печатными буквами имя и адрес работодателя работающего лица.

Дата начала работы

Напишите печатными буквами дату начала работы работающего лица. Указывайте дату в цифровом формате «месяц/день/год». (Например: если датой начала работы является 2 мая 2000 года, напишите 05/02/00).

Валовый месячный доход, ожидаемый в этом месяце

Напишите печатными буквами ожидаемый в этом месяце валовый месячный доход на каждого работающего члена семьи (до налогов и вычетов). Округлите до ближайшего доллара.

Валовый месячный доход, ожидаемый в следующем месяце

Напишите печатными буквами ожидаемый в следующем месяце валовый месячный доход на каждого работающего члена семьи (до налогов и вычетов). Округлите до ближайшего доллара.

РАЗДЕЛ 4 - Самостоятельная занятость (приложите дополнительный лист, если требуется больше места).

Работаете ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а), как самостоятельно занятые лица?

Отметьте «Да», если Вы работаете, как самостоятельно занятое лицо. Отметьте «Нет», если Вы не работаете, как самостоятельно занятое лицо. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) работает, как самостоятельно занятое лицо. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не работает, как самостоятельно занятое лицо.

Если Вы отметили «Да» на вышеуказанный вопрос в отношении себя или своей(его) супруги(а), заполните остальную часть Раздела 4.

Самостоятельно занятое лицо

Напишите фамилию и имя самостоятельно занятого лица.

Название и адрес бизнеса

Напишите название и адрес бизнеса самостоятельно занятого лица.

Вид бизнеса

Укажите вид бизнеса для каждого самостоятельно занятого лица в Вашей семье.

Чистый годовой доход

Укажите чистый годовой доход для каждого самостоятельно занятого лица в Вашей семье. Чистый годовой доход равняется валовому годовому доходу минус расходы на ведение бизнеса и амортизацию. Укажите суммы, предоставленные на налоговых формах Internal Revenue Service (IRS) «Налоговой Службе». Если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) не заполняли налоговых форм за прошлый год, оставьте это поле пустым. Ваш департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации свяжется с Вами для получения дополнительной информации.

Заявленная сумма амортизации

Укажите суммы амортизации, предоставленные на налоговых формах Internal Revenue Service (IRS) «Налоговому Службе». Если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) не заполняли налоговых форм за прошлый год, оставьте это поле пустым. Ваш департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации свяжется с Вами для получения дополнительной информации.

Доход, который Вы ожидаете получить в этом году

Напишите сумму валового годового дохода (до налогов и вычетов), которую ожидает в этом году заработать самостоятельно занятое лицо.

РАЗДЕЛ 5 – Доход, не связанный с профессиональной деятельностью

Доход, не связанный с профессиональной деятельностью, может включать в себя следующие виды дохода (но этим не ограничивается): алименты/сумма на содержание, благотворительность, пособие на ребенка, пособие по нетрудоспособности/болезни, проценты/дивиденды, пенсия/пенсионные сбережения, Social Security Income (SSI) «Дополнительная материальная помощь», Social Security «Социальное обеспечение», ветеранские льготы и пособие по безработице.

Имеете ли Вы и/или Ваш супруг(а) доход, не связанный с трудовой деятельностью?

Отметьте «Да», если Вы или Ваш(а) супруг(а) имеете доход, не связанный с трудовой деятельностью. Отметьте «Нет», если ни Вы, ни Ваш(а) супруг(а) не имеете дохода, не связанного с трудовой деятельностью. Если Вы отметили «Да» на этот вопрос, продолжайте заполнять остальную часть Раздела 5.

Имя лица, получающего доход

Напишите фамилию и имя лица, получающего доход.

Вид/источник

Укажите вид или источник дохода. Примерами являются (но ими не ограничиваются): Social Security «Социальное обеспечение», пособие по безработице, пенсионное пособие железнодорожника, компенсация для рабочих, частные сбережения/пенсия, пособие на ребенка, доход от процентов и ветеранские льготы.

Валовая сумма дохода в месяц

Напишите валовую (до налогов и вычетов) месячную сумму, полученную от каждого перечисленного вида или источника дохода.

РАЗДЕЛ 6 - Расходы на содержание семьи

Перечислите все расходы на содержание семьи. Эти расходы включают (но этим не ограничиваются):

- Ипотечный кредит/аренду
- Налоги на собственность
- Сумму на поддержку семьи/алименты
- Назначенные в судебном порядке выплаты адвокату и опекуну.
- Страхование домовладения/страхование аренды
- Пособие на ребенка
- Телефонные счета
- Счета за водоснабжение
- Счета за газ/электричество
- Стоимость теплоснабжения

РАЗДЕЛ 7 – Личные медицинские расходы

Опишите медицинские расходы

Перечислите, какие расходы Вы несете (например, часть оплаты за лекарства, которую Вы производите из своих средств или часть стоимости лекарств, которая не покрывается страховкой). Не включайте суммы страховых премий или стоимость тех лекарств, которые покрываются страховкой.

Укажите, являются ли медицинские услуги/лекарства необходимыми для того, чтобы Вы могли работать

Отметьте «Рабочие расходы», если указанные расходы необходимы для того, чтобы Вы могли работать. Рабочими расходами не могут считаться те, которые также несут коллеги по работе, которые не являются нетрудоспособными, такие как спецодежда. Отметьте «Нерабочие расходы», если указанные расходы необязательны для того, чтобы Вы могли работать.

Сумма

Укажите сумму перечисленных расходов в долларах.

Как часто платится?

Укажите, платятся ли суммы этих расходов один раз, понедельно, раз в две недели, ежемесячно, раз в два месяца, поквартально, ежегодно.

РАЗДЕЛ 8 - Имущество

В этом разделе укажите все имущество, которым владеет проситель(и) и его/ее супруг(а). Включите собственность, которой проситель владеет совместно с другим лицом. Не включайте стоимость персональных вещей семьи, если только среди них нет очень дорогих вещей. (Информация об автомобилях должна быть указана в Разделе 9). Укажите все имущество, которым владеет проситель(и) и его/ее супруг(а). Включите собственность, которой проситель владеет совместно с другим лицом. Ваше имущество может включать (но этим не ограничиваться):

- Недвижимость/собственность
- Депозитные сертификаты
- Доверительную собственность
- Недвижимость в пожизненном пользовании
- Акции
- Бонды
- Личные пенсионные счета
- Пенсионные планы для самостоятельно занятых лиц (планы Keogh) и другие подобные планы, законным путем уменьшающие суммы выплачиваемых налогов
- Персональные вещи очень высокой стоимости
- Договора о землевладении
- Ипотечный кредит

Для каждого перечисленного вида имущества укажите имя/имена владельца(ев), стоимость в долларах на настоящий момент, название и номер счета банка/финансового учреждения.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вас могут попросить предоставить документы, удостоверяющие Ваше имущество. Например, Вы должны будете предоставить копию банковского баланса, показывающего сумму Вашего банковского счета на день, когда заявление полностью заполнено, или документы по страховой выплате всвязи со смертью застрахованного и денежную стоимость Вашего полиса страхования жизни. Если у Вас имеются в наличии эти документы на день подачи заявления, предоставьте их копию вместе с заявлением. С Вами свяжется сотрудник по вопросу экономической помощи и попросит предоставить подтверждение по отсутствующей, противоречивой или неясной информации, если эта

информация может повлиять на решение о том, соответствуете ли Вы условиям получения услуг программы Медикейд.

РАЗДЕЛ 9 – Информация о транспортных средствах

Укажите все автомобили, которыми владеет проситель и его/ее супруг(а). Включите транспортные средства, которыми проситель владеет совместно с другим лицом.

Вид транспортного средства

Укажите вид транспортного средства.

Год выпуска, марка и модель автомобиля

Укажите год выпуска, марку и модель транспортного средства.

Имя/имена владельцев

Напишите фамилию(и) и имя /имена владельца /владельцев.

Какова сумма долга (сколько осталось выплатить за машину)?

Укажите сумму в долларах, которую должны по займу, используемому для покупки машины. Если задолженности нет, поставьте \$0.

Используется ли транспортное средство для посещения врача?

Отметьте «Да», если указанное транспортное средство используется для посещения врача. Отметьте «Нет», если транспортное средство не используется для посещения врача.

Используется ли транспортное средство для того, чтобы добраться на работу, в учебное заведение, школу, или для сельскохозяйственных работ?

Отметьте «Да», если транспортное средство используется для того, чтобы добраться на работу, в учебное заведение, школу, или для сельскохозяйственных работ. Отметьте «Нет», если транспортное средство не используется для того, чтобы добраться на работу, в учебное заведение, школу, или для сельскохозяйственных работ.

РАЗДЕЛ 10 – Информация о медицинском страховании

Одним из условий получения услуг программы Медикейд является то, что Вы должны сообщить о других организациях («третьей стороне»), которые могут быть обязаны платить за медицинскую страховку, Вашу или Вашей(его) супруги(а), включая частное медицинское страхование, страхование Medicare «Медикэр» или Medi-GAP «Меди-ГЭП». Вы должны предоставить всю требуемую информацию. Это также касается любой страховки, которая может предлагаться работодателем, как часть группового плана или полиса долгосрочного медицинского страхования.

Имеете ли Вы или Ваш(а) супруг(а) медицинскую страховку?

Отметьте «Да», если Вы и/или Ваш супруг(а) имеете медицинскую страховку, отличную от Медикейд. Отметьте «Нет», если ни Вы, ни Ваш(а) супруг(а) не имеете медицинской страховки.

Когда страховка вступила в действие?

Укажите дату, когда страховка вступила в действие (месяц/день/год).

Сумма страхового взноса

Укажите сумму страхового взноса в долларах (округленную до ближайшего доллара).

Как часто платится взнос?

Укажите, как часто платится взнос (поквартально, ежемесячно, раз в два месяца, раз в полгода или ежегодно).

Кто платит взносы?

Напишите фамилию и имя лица, выплачивающего страховые взносы.

Владелец страхового полиса

Напишите имя и фамилию владельца страхового полиса.

Кто покрывается страховкой?

Напишите фамилии и имена лиц, покрываемых страховкой.

Название и адрес страховой компании

Напишите название и адрес страховой компании, включая город, штат и индекс.

Страховой номер

Укажите страховой номер (это может быть членский номер, номер подписчика, отделения, группы, и т.п.).

Покрывается ли кто-то Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Program (HIRSP) «Программой распределенного риска медицинского страхования штата Висконсин»?

Отметьте «Да», если кто-то из членов семьи покрывается HIRSP. Отметьте «Нет», если никто не покрывается HIRSP.

Должны ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а) оплачивать медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая? Или имеет ли кто-то из вас находящийся в процессе рассмотрения или оплаты иск по поводу несчастного случая?

Отметьте «Да», если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) должны оплачивать медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая. Отметьте «Нет», если у Вас и/или Вашей(его) супруги(а) нет предъявленных к оплате медицинских счетов, полученных в результате лечения последствий несчастного случая.

Если «Да», отметьте, должны ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а) оплачивать медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая, или кто-то из вас имеет находящийся в процессе рассмотрения или оплаты иск по поводу несчастного случая, Ваш или Вашего оппонента.

Отметьте соответствующее поле.

Получаете ли Вы услуги части «А» или «Б» программы Medicare «Медикэр»?

Отметьте «Да», если Вы получаете услуги части «А» или «Б» программы Медикэр. Отметьте «Нет», если Вы не получаете услуг части «А» или «Б» программы Медикэр. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) получает услуги части «А» или «Б» программы Медикэр. Отметьте «Нет», если Ваш(а) супруг(а) не получает услуг части «А» или «Б» программы Медикэр.

Номер карточки Медикэр

Укажите номер карточки Медикэр для тех, кто получает услуги программы Медикэр.

Если Вы соответствуете необходимым для этого условиям, хотите ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а), чтобы взнос за часть «Б» платился за вас штатом Висконсин?

Отметьте «Да», если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) хотите, чтобы взнос за часть «Б» платился за вас штатом Висконсин (если Вы соответствуете необходимым для этого условиям). Отметьте «Нет», если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) не хотите, чтобы взнос за часть «Б» платился за вас штатом Висконсин.

РАЗДЕЛ 11 – Перевод ресурсов

Продавались или отдавались ли какие-нибудь ресурсы или имущество в течение последних трех лет?

Отметьте «Да», если ресурсы или имущество продавались или отдавались в течение последних трех лет. Отметьте «Нет», если ресурсы или имущество не продавались и не отдавались в течение последних трех лет.

Если Вы отметили «Да», перечислите в Разделе 11 виды ресурсов или имущества, их стоимость, и даты, когда они были проданы или отданы. (Например, некоторыми видами ресурсов или имущества являются наличность, текущие и/или сберегательные счета, недвижимость, похоронное имущество/похоронная страховка или страхование жизни).

Организовывался ли или финансировался ли доверительный фонд в течение последних пяти лет?

Отметьте «Да», если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) организовывали или финансировали доверительный фонд в течение последних пяти лет. Отметьте «Нет», если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) не организовывали и не финансировали доверительный фонд в течение последних пяти лет. Если Вы отметили «Да», укажите тип фонда и дату, когда фонд вступил в действие (месяц/ день/ год).

Если Вас поместят в лечебное заведение, хотите ли Вы, чтобы Ваш(а) супруг(а) получил(а) максимально разрешенную часть Вашего дохода?

Лицу, которое поместили в лечебное заведение (в заведение с профессиональным медицинским уходом, с полу-профессиональным уходом, для умственно отсталых, в больницу) или лицу, участвующему в общинной программе помощи, могут разрешить, в случае соответствия квалификационным условиям программы Медикейд, сохранить часть своего дохода, путем его передачи общине или супруге(у), которая(ый) не находится в лечебном заведении, в зависимости от суммы дохода, который получает «здоровый» супруг.

Отметьте «Да», если лицо, которое поместили в лечебное заведение, разрешает перевести максимальную часть имеющегося дохода «здоровой»/«здоровому» супруге(у). Отметьте «Нет», если лицо, которое поместили в лечебное заведение, не разрешает перевести максимальную часть имеющегося дохода «здоровой»/«здоровому» супруге(у).

Если отмечено «Нет», какую часть Вы хотите, чтобы он(а) получил(а).

Укажите сумму в долларах, которую Вы хотите, чтобы он(а) получил(а).

Ответы на нижеприведенные вопросы должны быть даны, ТОЛЬКО если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) находитесь в доме престарелых или больнице.

Имя лица, находящегося в доме престарелых или больнице

Напишите фамилию и имя лица, находящегося в доме престарелых или больнице.

Название дома престарелых или больницы

Укажите название дома престарелых или больницы.

Дата приема

Укажите дату поступления в дом престарелых или больницу.

РАЗДЕЛ 12 – Ваши права и обязанности

Ваша подпись на заявлении означает, что Вы понимаете и признаете, что департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, агентство W-2 и Department of Health and Family Services «Департамент здравоохранения и семейного обслуживания» имеют право запрашивать любую дополнительную информацию, необходимую для должного администрирования программы Медикейд, разрешенную законом Висконсина. Согласно статье 49.22(2m)(a) Wisconsin Statutes (Статуты Висконсина), любое лицо или организация, включая финансовое учреждение, агентство по установлению кредитоспособности, работодателя или образовательное учреждение, имеет право раскрывать эту информацию: «Департамент может потребовать от любого лица в этом штате информацию, которую сочтет необходимой для должного администрирования вопросов, относящихся к этому разделу, статьям с 49.141 по 49.161, 49.19, 49.46, 49.468 и 49.47 и программ, выполняющих задачи статей с 7 USC 2011 по 2029. Если доступ к информации не запрещен или не ограничен, согласно закону, или если у лица нет веской причины, которая определяется департаментом в соответствии с федеральным законом и постановлениями, для отказа от сотрудничества, человек должен постараться предоставить требуемую информацию в течение 7 дней после получения запроса по вопросу, относящемуся к этому параграфу. Департамент или окружное агентство по детским пособиям могут, за исключением случаев, относящихся к подразделам (2p) и (2r), и при условии соответствия подразделу (12), раскрывать, согласно статье 59.53(5), информацию, полученную по вопросам, относящимся к этому параграфу, только для администрирования вопросов, относящихся к этому разделу, статьям с 49.141 по 49.161, 49.19, 49.46 и 49.47 и программ, выполняющих задачи статей с 7 USC 2011 по 2029. Сотрудники департамента или окружного агентства по детским пособиям, согласно статье 59.53(5), должны руководствоваться статьей 49.83.

Если сочтут, что Вы соответствуете квалификационным условиям программы Медикейд, то закон штата Висконсин требует, за некоторым исключением, возмещения суммы определенных льгот программы Медикейд за счет Вашего имущества. Брошюра “Estate Recovery Program” (PHS 13032) «Программа возмещения расходов за счет имущества» рассказывает о возмещении расходов за счет имущества. Вы можете получить копию брошюры в Вашем местном департаменте социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, или позвонить в приемную службу программы Медикейд по телефону: 1-800-362-3002. Суммы некоторых льгот, которые Вы начинаете получать от общины после достижения 55 лет, и всех льгот программы Медикейд, которыми Вы пользуетесь, находясь в доме престарелых или будучи пациентом в больнице в течение 30 дней или больше, должны возмещаться. Также, если Вы пребываете в доме престарелых или помещены в больницу, и не собираетесь возвращаться жить домой, на Ваш дом может быть наложено право удержания. Право удержания не может быть наложено на Ваш дом, если в нем проживаете Вы, Ваш(а) супруг(а) или некоторые другие определенные члены семьи.

Вы имеете право потребовать беспристрастного разбирательства, если Вы не согласны с любыми предпринятыми действиями, касающимися Вашего заявления или текущих льгот. Вы можете потребовать беспристрастного разбирательства, написав по адресу:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Вы также можете обратиться, письменно или устно, в агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, и попросить беспристрастного разбирательства. DHFS является сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. Чтобы подать жалобу о дискриминации, обратитесь в:

Wisconsin Department of Health and Family Services
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 West Wilson Street, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Телефон: 1-608-266-9372 или 1-608-266-2555 (телетайп)
Факс: 1-608-267-2147

или

U.S. Department of Health and Family Services
Office of Civil Rights - Region V
233 N. Michigan Avenue
Suite 240
Chicago, IL 60601
Телефон: 1-312-886-5077 или 1-312-353-5693 (телетайп)

КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

- Прочитать раздел «Права и Обязанности».
- Подписать форму заявления и поставить дату подписи.
- Приложить к Вашему заявлению все дополнительные документы или листы, используемые для оформления этого заявления.
- Если Вы не являетесь гражданином США, приложить копию документов о Вашем иммиграционном статусе.
- Если Вы действуете от имени просителя, приложить форму полномочного представителя.
- Заполнить все относящиеся к Вам разделы заявления.

Послать заполненное заявление в Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, агентство W-2 или местное представительство программы Медикейд. Адреса агентств округов/ резерваций могут быть найдены по адресу: <http://www.dhfs/state/wi/us/Medicaid1/contacts/recipient-contacts.htm> Или Вы можете позвонить в приемную службу программы Медикейд по телефону: 1-800-362-3002.

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГИХ ПРОГРАММАХ

Если Вы хотите узнать об программах для ветеранов, позвоните по телефону 1-800-947-8347 (WIS-VETS) или обратитесь к сотруднику службы ветеранов Вашего округа.